

**PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION SOBRE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DE APRENDIZAJE**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

Entiendo que no tengo que informar a otras personas sobre cualquier discapacidad que yo pudiera tener, y que puedo dar esta información cuando quiera. También entiendo que no se me proporcionarán ningunas adaptaciones para una discapacidad a menos que las solicite.

*Marque las casillas que corresponden a la información que el participante voluntariamente permite que se comparta:*

**PARA COMPARTIR INFORMACION CON EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO**  
(Ponga una copia en el expediente del caso; envíe el original al proveedor/fuente)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CONDADO

reciba una copia de cualquier reporte sobre mi evaluación relacionada a posibles discapacidades específicas de aprendizaje. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WtW*) y/o para determinar cuáles adaptaciones y servicios necesite para participar en una actividad educacional y/u otra relacionada al empleo o entrenamiento para empleo. El Condado no le dirá a ningún empleador acerca de mi discapacidad sin mi permiso escrito por separado.

**PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO COMPARTA INFORMACION**  
(Ponga el original en el expediente del caso)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CONDADO

comparta cualquier reporte de evaluación sobre discapacidades específicas de aprendizaje que yo pudiera tener. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan de WtW y/o para determinar las adaptaciones y servicios útiles que necesite en un ambiente educacional o uno relacionado al empleo o entrenamiento para empleo.

El departamento de bienestar público del Condado puede compartir esta información con (*marque todos los que sean pertinentes*):

- \_\_\_\_\_, quien me dará exámenes para posibles discapacidades específicas de aprendizaje  
NOMBRE DEL EVALUADOR DE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DE APRENDIZAJE
- oficinas/agencias de empleo y/o entrenamiento para empleo, locales y/o del estado, que se anotan a continuación (*marque todas las que sean pertinentes*):
- Departamento del Desarrollo del Empleo       centro local que ofrece servicios de empleo, educación, vivienda, cuidado de la salud, etc. para personas que reciben asistencia pública (*Local One-Stop Center*)
- oficina/agencia encargada de las áreas con al menos un centro local que ofrece servicios de empleo y entrenamiento (*Local Workforce Investment Area Agency*)       Departamento de Rehabilitación
- universidad (*college*) local, del estado, o privada (*especifique*): \_\_\_\_\_
- Otro (*especifique*): \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

Entiendo que:

- Esta información se necesita para cumplir con el Título II del Decreto de 1990 sobre los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 504 del Decreto de 1973 sobre la Rehabilitación, y la Sección 11325.4 del Código de Bienestar Público e Instituciones.
- Esta información se mantendrá de una manera confidencial en el expediente del caso y no se compartirá con nadie sin mi consentimiento firmado cada vez que se comparta la información, a menos que la ley específicamente requiera o permita que se comparta dicha información.
- Entiendo que en cualquier momento, puedo cancelar este formulario de autorización, con la excepción de cualquier acción que ya se haya tomado. Si no cancelo este formulario, se vencerá un año después de la fecha en que lo firme.

He leído este formulario (o me lo leyeron a mí) después de que se había completado y antes de que yo lo firmara. Sé que puedo obtener una copia de este formulario si la solicito.

FIRMA DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_